

【日帰り人間ドック健診申込書】

(健診機関名)

御中

健診機関FAX：

宝グループ健康保険組合

〒600-8688

京都市下京区四条通烏丸東入

TEL:075-241-5118

番号間違いのないよう**健診機関にFAX送信**してください

【申込者記入欄】

保険証記号		保険証番号	
本人が受診	フリガナ 受診者名		男・女 生年月日 昭和 平成 年 月 日
	オプション等	オプション	なし・あり ()
		胃部検査	バリウム希望 ・ 胃カメラ希望 ・ ()
	住所 (健診案内等の送付先)	〒	
	電話番号		
受診日	平成 年 月 日 ()		予約： 済み ・ 未
被扶養家族が受診	フリガナ 受診者名		男・女 生年月日 昭和 平成 年 月 日
	オプション等	オプション	なし・あり ()
		胃部検査	バリウム希望 ・ 胃カメラ希望 ・ ()
	住所 (健診案内等の送付先)	〒	
	電話番号		
受診日	平成 年 月 日 ()		予約： 済み ・ 未

上記の受診を申し込みます。

平成 年 月 日

申込者(被保険者)【会社名】

【事業所名又は部課名】

【TEL】

【氏名】

印

人間ドック受診の方は、**検査料金の45,000円(消費税込)を超えた金額と下記の利用者負担金を窓口でお支払いください。**

対象者	利用者負担金額(一人あたり)	健保組合負担額(上限)
40歳以上	6,000円	39,000円
30歳以上40歳未満	12,000円	33,000円

*年齢は利用日の属する年度末(3月31日現在)で計算してください。

*30歳未満の方は、日帰り人間ドック補助の対象外です。(全額利用者負担)

*この申込書は、健診機関から健保組合に送付(FAX)されます。また、検査結果は健保組合に通知されますので、その旨ご了解ください。

【健診機関記入欄】

健診機関ご担当者様は申込内容を確認のうえ、記入・押印後、当健保組合にFAX送信願います。

(FAX番号 075-241-5146)

*上記受診者の予約を受け付けました。			
決定受診日	本人：平成	年	月 日 ()
	家族：平成	年	月 日 ()
		平成	年 月 日
受診施設名：			印